

別記

様式第1号（第7条関係）

（表面）

米子市風しんワクチン接種費助成金交付申請書

私は、米子市風しんワクチン接種費助成金の交付を受けたいので、米子市風しんワクチン接種費助成金交付要綱（平成25年7月3日施行）第7条の規定により、次のとおり申請します。また、当該助成金の交付に関する事務を処理するため、私及び私の配偶者又は同居者の住所等を住民基本台帳で確認されることについて、承諾します。

米子市長 様

_____年____月____日

ふりがな		生年月日	
申請者（被接種者） 氏名	Ⓜ	年 月 日	
住所	〒 米子市 (電話番号 - -)		
対象者区分 (□にチェックを付けてください。)	<input type="checkbox"/> ①	妊娠を希望する女性のうち、保健所又は医療機関において、別表の左欄に掲げる測定キット名の区分に応じ、同表の中欄に掲げる検査方法による風しん抗体価検査（以下「抗体価検査」といいます。）を受けた結果、それぞれ同表の右欄に掲げる抗体価であった方	
	<input type="checkbox"/> ②	妊婦の配偶者（婚姻の届出をしないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。） 妊婦の氏名：	
	<input type="checkbox"/> ③	妊婦と同居している方 妊婦の氏名：	
	<input type="checkbox"/> ④	①の女性と同居している方であって、保健所又は医療機関において、別表の左欄に掲げる測定キット名の区分に応じ、同表の中欄に掲げる検査方法による抗体価検査を受けた結果、それぞれ同表の右欄に掲げる抗体価であった方 妊娠を希望する女性の氏名：	
接種したワクチン (□にチェックを付けてください。)	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン	メーカー／Lot No.	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン		
予防接種を受けた 年月日	年 月 日	接種費用	円
接種医療機関			

注意事項 必ずご確認ください！

- 申請者並びに対象者区分②及び③の「妊婦」並びに対象者区分④の「女性」は、米子市に住所を有する方に限ります。
- 対象者区分③及び④の「同居している」とは、同一の住所を有することです。
- 裏面に、添付書類等の説明があります。

住民となった日 ※市記入欄 年 月 日

字修正
字削除
字挿入

捨印

(裏面)

添付書類

- 1 米子市風しんワクチン接種費助成事業接種済証兼領収証又はワクチンの接種に要した費用に係る領収証（風しんワクチンの接種を受けた日並びに当該風しんワクチンのメーカー及びロットナンバーが記載されているものに限り。）
- 2 被接種者の健康保険証の写し
- 3 抗体価検査の結果を確認することができる書類（申請者の対象者区分が①又は④である場合に限り。また、申請者の対象者区分が④である場合は、④の女性の抗体価検査の結果を確認することができる書類も必要です。）
- 4 母子健康手帳の写し（申請者の対象者区分が②又は③である場合に限り。）

別表

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価（単位等）
風疹ウイルスHI試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	1.6倍以下 （希釈倍率）
R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社）		
ウイルス抗体EIA「生研」ルベライgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （EIA法）	8.0未満 （EIA価）
エンザイグノストB風疹/IgG （シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社）		3.0未満（国際単位 （IU）/ml）
バイダスアッセイキットRUB IgG （シスメックス・バイオメリュー株式会社）	蛍光酵素免疫法 （ELFA法）	4.5未満（国際単位 （IU）/ml）
ランピアラテックスRUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI法）	3.0未満（国際単位 （IU）/ml）
アクセスルベライgG （ベックマン・コールター株式会社）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	4.5未満（国際単位 （IU）/ml）
i-アッセイCL風疹IgG （株式会社保健科学西日本）		1.4未満（抗体価）
BioPlexMMRV IgG （バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	3.0未満（抗体価 AI）
BioPlexToRC IgG （バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社）		3.0未満（国際単位 （IU）/ml）